



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL
CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: CHACCHI ROSADO, EVELYN LORENA

LIMA - PERÚ

2016

**“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO
PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL
CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014”**

INDICE

	Pág.
INDICE	ii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	6
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	10
2.3. Definición de términos	25
2.4. Hipótesis	26
2.5. Variables	27
2.5.1. Definición conceptual de la variable	27
2.5.2. Definición operacional de la variable	27
2.5.3. Operacionalización de la variable	27
CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	29
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	29
3.3. Población y muestra	30
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	31

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	31
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	31
CAPITULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
Presupuesto de la investigación	32
Cronograma de actividades	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	34
ANEXOS	
Matriz	36
Instrumento	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014. Es una investigación descriptiva correlacional, se trabajó con una muestra de 14 niños, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativa múltiple de 18 ítems, organizado por las dimensiones: Crecimiento, desarrollo psicomotriz. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,877); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,911). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico de la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Los niños en mayor porcentaje tienen un desarrollo en retraso y riesgo respectivamente. Estos resultados nos muestran que existe una relación entre ambas variables.

PALABRAS CLAVES: *Crecimiento, desarrollo psicomotriz*

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to: Determine the relationship between growth and psychomotor development in children aged 2 to 5 years old attended at the CRED of San Genaro Health Center, Chorrillos - Lima 2014. It is a descriptive correlational research, Of 14 children, for the collection of the information was used a Questionnaire of multiple alternative of 18 items, organized by the dimensions: Growth, psychomotor development. The validity of the instrument was made by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0.877); The reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.911). The Hypothesis test was performed using the Pearson R statistic with a value of 0.933 and a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The children in the highest percentage have a development in delay and risk respectively. These results show that there is a relationship between both variables.

KEYWORDS: *Growth, psychomotor development*

INTRODUCCION

Actualmente vivimos en un mundo de globalización con constantes cambios que han traído como consecuencia modificaciones en el comportamiento de las sociedades y necesidades de las personas. Frente a ello los profesionales de la salud tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población, exigiendo del profesional de enfermería una atención de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones ya que el usuario tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención.

El profesional de enfermería debido a la naturaleza de su trabajo va enfrentar con mucha frecuencia diversos problemas a nivel intra o extra institucional afectando su equilibrio psicoemocional el cual puede verse reflejado en la calidad de atención que brinda, de ahí la importancia de que el profesional de enfermería tenga un manejo adecuado con el paciente, teniendo en cuenta que las relaciones interpersonales con el paciente deben ser oportunas, continuas, dinámicas y libre de riesgos donde el paciente a través de su opinión exprese la satisfacción por la atención que recibe permitiendo de esta manera medir la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el Hospital Nacional 2 de Mayo.

El presente proyecto de investigación consta de cuatro capítulos:

Capítulo I:

El problema, consta de: la determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la determinación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación.

Capítulo II:

Que es el marco teórico que consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual. Hipótesis, se considera: La hipótesis, las variables y la operacionalización de las mismas.

Capítulo III: Material y método: Se considera tipo y nivel de investigación la Descripción del ámbito de la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, la validez y confiabilidad de los instrumentos y el plan de recolección y procesamiento de datos..

Seguido están los aspectos administrativos en donde se considera: el cronograma de actividades, los recursos a utilizar en la investigación y el presupuesto, finalmente se presenta la referencia bibliográfica y los anexos correspondientes, donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que 25,6% de los niños menores de cinco años peruanos tiene un déficit de talla para la edad, es decir no ha logrado expresar su potencial de crecimiento debido a limitaciones en la ingesta de alimentos y en el acceso a cuidados adecuados, que entre otras consecuencias dan lugar a una alta prevalencia de infecciones. La prevalencia de enanismo nutricional (talla/edad menor de dos desviaciones estándar de la normalidad) a nivel nacional esconde grandes diferencias en el interior del país, por ejemplo en el departamento de Huancavelica este daño es ocho veces más frecuente que en Tacna.

La política de salud del Estado peruano se orienta a promover una adecuada nutrición de los peruanos, para reducir la desnutrición crónica infantil, y aunque reconoce que esto requiere mejoras en niveles de empleo e ingresos, declara que el Ministerio de Salud le corresponde el control del estado nutricional de las personas. Dentro de las diversas actividades regulares del MINSA, aquellas en las que mejor se concreta este propósito son las de crecimiento y desarrollo, ya que declaran tener como objetivo “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años”.

Aunque el modelo de atención del Ministerio de Salud se encuentra en revisión en la búsqueda de una atención integral, centrada en la persona y no en la oferta de servicios, es casi seguro que dentro de los cuidados esenciales a los niños el nuevo modelo incluirá dentro de las atenciones individuales específicas al control de crecimiento y desarrollo (CRED).¹

Es claro que los niños en esta etapa tan importante del desarrollo humano tienen que tener un mayor cuidado ya que en estos primeros años de vida ellos empezarán a manifestar sus cualidades y habilidades que posteriormente ellos desarrollarán y aplicaran a la vida diaria.

Las edades comprendidas entre los 3 y los 5 años o edad de los preescolares, durante estos años, los niños dejan de ser niños pequeños y se convierten en exploradores del mundo llenos de vida. Un niño se desarrolla en las siguientes áreas principales:

Desarrollo físico. En estos años, un niño adquiere más fuerza y comienza a verse más alto y delgado. El crecimiento físico es más lento que en los primeros 3 años de vida, pero los cambios exteriores pueden ser sorprendentes.

Desarrollo cognitivo. Un niño de esta edad realiza grandes progresos para poder pensar y razonar. En estos años, los niños aprenden las letras de su nombre, a contar y los colores. Su juego se torna más creativo a medida que aprenden a imaginar.

Desarrollo emocional y social. Entre los 3 y los 5 años, los niños aprenden gradualmente a manejar sus sentimientos. Comienzan a sentir vergüenza o culpa cuando hacen algo que está mal. A los 5 años, los amigos comienzan a ser importantes.

Lenguaje. La capacidad de utilizar palabras crece rápidamente en estos años. A los 2 años, la mayoría de los niños pueden decir al menos 50 palabras. A los 5 años, es posible que un niño sepa miles de palabras y que pueda mantener conversaciones y contar historias.

Desarrollo sensorial y motor a los 3 años, la mayoría de los niños pueden subir escalones de a uno por vez, patear una pelota y dibujar trazos simples con un lápiz. A los 5 años, la mayoría pueden vestirse y desvestirse por sí solos; dibujar a una persona con cabeza, cuerpo, brazos y piernas; y escribir algunas letras en minúscula y mayúscula.

Por lo general, los niños se mueven de un punto (o hito) importante en su desarrollo al próximo siguiendo un patrón natural. Por ejemplo, la mayoría de los niños dicen palabras sueltas antes de poder formular oraciones. Sin embargo, cada niño crece y adquiere habilidades a su propio ritmo. Es común que un niño esté adelantado en un área, como el lenguaje, pero que esté un poco atrasado en otra. ²

Según el estudio que realiza anualmente la OMS, está disminuyendo el número de niños que padecen insuficiencia ponderal. Se calcula que el porcentaje de menores de cinco años aquejados de insuficiencia ponderal ha bajado de un 25% en 1990 a un 16% en 2010. Actualmente ya es un problema de salud el que los niños no se tengan un crecimiento proporcional con el desarrollo psicomotriz con normalidad en los diferentes aspectos ya mencionados, ya que esto puede ser ocasionado por diferentes factores, pero está en claro que este programa de crecimiento y desarrollo apoya a los niños en la prevención oportuna de que estos sean detectados a tiempo y se pueda corregir su problema de nivel de crecimiento y desarrollo psicomotriz, es por lo tanto que este estudio manifestara los índices en riesgo y normalidad que en cuanto porcentaje nos proporcionada el estudio de nuevos caracteres con el propósito que facilite conocer los niveles en que se encuentran los niños de este distrito que acuden al centro de salud del centro de salud San Juan de Miraflores.

Mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador se aplicara el TEPSI, es un test de tamizaje, es decir es una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños entre 3 y 5 años en relación a una norma, como respuesta a la necesidad de contar con un instrumento de medición se refleje efectivamente las características del desarrollo de los niños de una región o país; de esta manera obtendremos los resultados esperados, en las áreas de coordinación, lenguaje y motricidad. El test será administrado en forma individual. ³

El porcentaje de los niños asistentes al control de CRED del centro de salud de san Juan de Miraflores a sus controles se les detecto un índice

de crecimiento y desarrollo bajo para la edad que ellos tienen. Teniendo en cuenta esta realidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuál es el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?
- ¿Cuál es el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.

1.3.2 Objetivo Específico

- Determinar el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014
- Determinar el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.

-

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio permitirá conocer de forma específica, la relación entre las variables crecimiento y desarrollo psicomotriz en los niños atendidos en el CRED. en el Centro de Salud San Genaro Chorrillos- Lima 2014.

En primer lugar, el presente trabajo de investigación tiene una justificación teórico-práctico; porque va a permitir pasar de los estudios de nivel aplicativo a estudios de tipo asociativo.

En segundo lugar, la presente investigación tiene una relevancia social, porque beneficiara en los niños atendidos en el CRED. en el Centro de Salud San Genaro Chorrillos- Lima 2014, Específicamente al conocerse los resultados, los mismos permitirán tomar las medidas prevención en los riesgos que afecten al crecimiento y desarrollo normal del niño.

En tercer lugar, la investigación es original no existe estudio alguno realizado en el Centro de Salud, aun no existen estudios que correlacionan este tipo de variables.

Finalmente, se consideró la factibilidad para realizar el presente estudio porque se conoce el tema, se cuenta con el presupuesto, se tiene la disponibilidad de tiempo y se tiene acceso directo a la información necesaria.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una limitación relevante corresponde a la población de estudio, ya que el test muestra solo las capacidades de los niños. Por otro lado, la gran demanda de atenciones de las personas que asisten al Centro de salud.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Francisco Beas Franco. Título: La Auxiología ciencia que estudia el crecimiento y desarrollo, 2007- Chile. Estudiaron el crecimiento y desarrollo. Objetivo de construir las primeras graficas o curvas del crecimiento normal, el método que se utilizo fue el experimental, la población estuvo conformada por los profesionales médicos y profesionales de la salud, los instrumentos utilizados fueron cuestionarios y guías de observación.

...Concluyeron entre otros:

“Evaluar a nuestros niños sobre la base de curvas generadas en países desarrollados, en los cuales el crecimiento se ha expresado en forma óptima. En países más pobres donde la disparidad socioeconómica es más acentuada, los niños provenientes de grupos de niveles socioeconómicos más altos tienen mayor estatura final que los de menor ingresos, pudiéndose establecerse diferencias de hasta 10 o 15 centímetros en la talla final de ambos grupos”⁴.

Loreto Andrea Espejo Vergara, Juan Antonio Salas Pérez.

Título: correlación entre el desarrollo psicomotor y el rendimiento escolar, en niños de primer año de educación básica, pertenecientes a establecimientos municipales de dos comunas urbanas de la región metropolitana. 2004-Chile. Objetivo; una educación óptima del niño, especialmente en los primeros años de la vida, ya que éstos son decisivos en la formación y el desarrollo de la inteligencia, personalidad y el comportamiento social que alcanzará el niño en los años venideros. A nivel internacional (Estados Unidos, Francia, Japón), la salud escolar es un área de crucial impacto para la salud infantil (Michellini y cols. 2000). Se decidió trabajar con niños de primer año básico porque, según la literatura, se encontró que es un grupo que en Chile no recibe mayor evaluación ni intervención desde el punto de vista psicomotor.

...concluyeron entre otros:

“En nuestro país, la mayoría de los estudios que evalúan Desarrollo Psicomotor (DPM) se centran en preescolares, pues es sabido que intervenciones precoces obtienen mejores resultados. En el niño, todos estos cambios comprenden, por una parte, el progreso en la capacidad de reconocer estímulos del ambiente y, por otra, el desarrollo de la capacidad de moverse en este medio ambiente a través del perfeccionamiento de las vías y los órganos motores. Ambos avances permiten ampliar la

capacidad de resolución de los centros de integración, aumentando el repertorio de respuestas adaptativas.”⁵

Adriana Álvarez. Título: Desarrollo del lenguaje en niños de 3 a 4 años: el paso a los procesos morfológicos. 2004 – Argentina. A partir de los dieciocho meses el desarrollo del vocabulario en los niños se produce en forma acelerada, a razón de 8 a 10 palabras por día. A la edad de 3 años el niño puede tomar parte en conversaciones y ser comprendido, pues ya tiene a su disposición, aunque en forma incompleta, las variadas herramientas que componen el sistema lingüístico. Aparte del léxico o vocabulario, dispone de un sistema fonológico, de una sintaxis, es decir, de un conjunto de reglas que determinan la forma correcta que deben tener las oraciones del español, y de un sistema morfológico, que determina la buena formación de las palabras.

...concluyeron entre otros:

“Hemos visto que los niños tienden a emplear palabras ya existentes en un alto porcentaje, sean éstas apropiadas para indicar la función del instrumento o no. El uso de esta estrategia podría ser interpretado como una solución lingüística simple y correcta al problema de tener que formar una palabra nueva. La tarea que se le presenta al niño en este estudio se vuelve “un problema” porque son los adultos (los entrevistadores) los que recurren al niño como fuente de conocimiento sobre el mundo. En la vida cotidiana, este proceso se da a la inversa: los niños buscan en los adultos el nombre de los objetos. También es frecuente que recurran a una descripción mediante una frase. El predominio de frases verbales y su incremento luego del modelo podría indicar que los niños perciben la necesidad de utilizar un verbo en el nuevo sustantivo o nombre del objeto, y, al presentárseles la dificultad que implica la formación de un derivado de verbal o de un compuesto Verbo+ Núcleo, recurren a procesos sintácticos.”⁶

2.1.2. Aspectos Nacionales

Ernesto Pollitt. Título: realizaron estudios sobre la importancia del niño no solo en el extremo final de la cadena causal, sino como parte integral de dicha secuencia como la consecuencia de la desnutrición en el escolar peruano. 2002 - Perú. Con el objetivo de conocer el déficit de conocimientos del niño se debe a su desarrollo psicobiológico originando cambios cerebrales o alteraciones en su estilo de vida, el método de la investigación fue descriptiva transversal, la población estuvo conformada por los profesionales psicología y de salud nutricional, la técnica utilizada encuestas, instrumento cuestionarios.

...Concluyeron entre otros:

“Con buena salud, que incluye una adecuada nutrición para sus necesidades fisiológicas, y con buena educación el niño alcanzará el máximo de sus potencialidades para lograr su bienestar, razón de ser y objetivo final de todo ser humano”⁷.

J. Luis segura, Cecilia Sánchez Carrión, Giovanna Baltazar, Amada Lavado. Título: Crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario. 2006 – Perú. Presentaron un registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario. Objetivos determinar el tiempo empleado en el registro de datos en las consultas de los servicios de crecimiento y desarrollo. Las deficiencias en la calidad de la producción y procesamiento de los datos, debilita su análisis y uso, lo que tiene consecuencias negativas sobre la gestión de los recursos que consume el Control de Crecimiento y Desarrollo. Cuando el usuario entra al consultorio, el responsable de CRED lo pesa, talla y, si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico. Posteriormente, se hace la evaluación de desarrollo, mediante la aplicación del «Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

...concluyendo entre otros:

“Los autores consideran que a efectos de proteger el tiempo del proveedor, el sistema de registro de datos debiera unificarse, en un arreglo que devuelva información útil tanto para el seguimiento individual como de la población a cargo de un establecimiento o conjunto de establecimientos de salud”⁸.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años:

Las investigaciones de Piaget repercuten en los estudios de psicomotricidad desde el momento en que resalta el papel de las acciones motrices en el proceso del acceso al conocimiento.

Periodo sensorio-motor: relaciones topológicas y organización del esquema corporal (0-2 años).

Se caracteriza por un gran desarrollo mental y la conquista del universo que rodea al niño a partir de las operaciones y los movimientos.

Este periodo pasa por 6 estadios:

1º Estadio: actividad refleja (0-1 mes).

Aparición de los reflejos que marcan las funciones de asimilación por el organismo de las aportaciones externas, acomodación del organismo a las características externas y organización, que determinarán la formación de las estructuras intelectuales posteriores.

2º Estadio: reacciones circulares primarias (1º-4º mes).

Desde el punto de vista motor, tenemos un niño que el final de este estadio va a conseguir el control de la cabeza y los semi-volteos, no se gira completamente pero gira hacia un lado y otro. Desde el punto de vista psicomotor tenemos un niño que coordina

e integra las acciones. Estas acciones se repiten muchas veces y de la misma manera, por eso se llaman circulares. Tienen otra característica: la intencionalidad, muy relacionada con la causa-efecto. El niño empieza a manifestar indicios de pensamiento.

3º estadio: reacciones circulares secundarias (4-8 meses).

En el aspecto motor tenemos un niño que se sienta y gira completamente. En el aspecto psicomotor tenemos un perfeccionamiento de la causa-efecto que se manifiesta en conductas de tirar objetos o mover el sonajero (el niño se da cuenta que si lo mueve éste sonará).

Coordinación entre visión y prensión. Se sienta y es capaz de coger objetos que tiene alrededor.

En cuanto al conocimiento del esquema corporal, junta sus manos y se la lleva a la boca y a los 5 meses se chupa el pie. Se lo chupa porque está en la etapa oral, conoce los objetos a través de la boca.

4º Estadio: coordinación de esquemas secundarios (8-12 meses).

En el plano motor destaca la bipedestación. En este estadio el niño va a iniciar la marcha (puede aparecer en cualquier momento entre los 10-16 meses).

Una característica importante que se da en este estadio es la permanencia del objeto. Si al niño le escondes un objeto tiene conciencia de ello y lo busca (es un signo importante de inteligencia). Esto ocurre porque el niño se da cuenta de la separación de los objetos y de la gente con respecto a él.

La gran movilidad que alcanza el niño en este estadio le ofrece perspectivas nuevas del espacio. Con esto va a conseguir la relación “entre”.

Hay otra gran adquisición: la marcha. Ésta permite la orientación de su cuerpo en el espacio; el tomo de conciencia del eje vertical; es capaz de sortear obstáculos gracias al concepto de “entre”.

5º Estadio: reacciones circulares terciarias (12-18 meses).

A nivel motor: marcha y carrera (la carrera es torpe). La característica fundamental en este estadio es la “asimilación” y “acomodación”. Entre los 12-18 meses asimilación y acomodación están mezcladas, pero a partir de este estadio la acomodación pasa a dirigir la asimilación, lo que significa que el niño atenderá y se quedará con lo que más le interesa.

La mayor conquista se centra en la adquisición progresiva de las relaciones espaciales y de los movimientos del propio cuerpo llegando a descubrir las diferentes posiciones de los brazos.

El interés por la posición y desplazamiento de los objetos entre si, le conduce a la relación de continente-contenido que hará que coloque unos objetos dentro de otros, los invierta y los vacíe. A nivel espacial, estas acciones nos indican que intuye la relación de contorno o envoltura.

En cuanto al esquema corporal, adquiere el conocimiento del rostro en su totalidad hacia el año y 4 meses.

6º Estadio: invenciones de medios nuevos a través de combinaciones mentales (18-24 meses).

En este estadio, en lugar de estar controladas en cada una de sus etapas y a posteriori por los hechos mismos, su búsqueda está controlada a priori: el niño prevé, antes de ensayarlas, qué maniobras fallarán y cuáles tendrán éxito.

Con respecto al esquema corporal, va diferenciando mejor las partes del cuerpo y de la cara y las relaciones que guardan entre si. Aparece la imitación generalizada inmediata, por la que el niño

busca el equivalente de las partes de su cuerpo sobre otra persona.

La invención de medios nuevos se produce por el grado de conciencia de las relaciones lo suficientemente profundo como para permitirle hacer previsiones razonadas e invenciones por mera combinación mental. Tras adquirirla, los esquemas de acción son mayores y no se limitan al descubrimiento.

Aparece también la representación como consecuencia de la interiorización de las conductas, superándose el tanteo sensorio-motor.

Periodo pre-operativo: desarrollo del pensamiento simbólico y pre-conceptual (2-7 años).

Por la aparición de la función simbólica y de la interiorización de los esquemas de acción en representaciones, el niño empieza a traducir la percepción del objeto a una imagen mental. Pero la noción de cuerpo todavía está muy subordinada a la percepción. Este periodo se divide en dos estadios:

1º Estadio: la aparición de la función simbólica.

Esta función desarrolla la capacidad de que una palabra o un objeto reemplaza lo que no está presente. La adquisición de esta capacidad permite que el niño opere sobre niveles nuevos y no solo actúe sobre las cosas que están a su alcance. Hace posible el juego simbólico, el lenguaje y la representación gráfica.

La imitación y la aparición de símbolos mentales: la imagen mental nace en la actividad sensorio-motriz y la imitación es el acto por el que se reproduce un modelo.

El uso de los símbolos mentales exige una imitación diferida en la que el niño no se limitará a copiar un modelo, sino que deberá usar un símbolo mental a partir del cual será capaz de reproducir la acción.

La reproducción correcta y total de la imitación es difícil por el carácter pre-categorial del pensamiento del niño.

El juego simbólico: el juego simbólico, en contraste con el ejercicio, permite al niño de este periodo representar mediante gestos diferentes formas, direcciones y acciones cada vez más complejas de su cuerpo.

Es una necesidad para recuperar su estabilidad emocional y para su ajuste a la realidad.

El lenguaje: es el tercer aspecto de la función simbólica y viene determinado por el uso de las palabras.

En el estadio sensorio-motor las palabras estaban relacionadas con las acciones y los deseos del niño. Con la aparición de la función simbólica, el niño empieza a utilizar palabras que representan cosas o acontecimientos ausentes.

El lenguaje del niño del periodo sensorio-motor estaba ligado a la acción tiempo y espacio próximo. El del periodo pre-operativo permite introducir al pensamiento relaciones espacio-temporales más amplias, librándose de la pura acción inmediata. A los 3 años, el niño puede además de percibir, representar las partes de su cuerpo.

El dibujo: la primera forma del dibujo aparece entre los 2 y los 2 años y medio. Es la época del grafismo en la que el dibujo no es imitativo, sino un juego de ejercicio. El dibujo permite que el niño represente todo lo que sabe de su esquema corporal y de las relaciones espaciales.

2º Estadio: Organizaciones representativas.

Una característica importante de este periodo es el egocentrismo. Es una tendencia a centrar la atención en un solo rasgo llamativo de su razonamiento, lo que produce que no pueda proyectar las relaciones espaciales ni aceptar el punto de vista de los demás.

Aparece en el lenguaje, razonamiento, juicios y explicaciones del niño, porque es esencialmente de orden intelectual y sirve para ordenar la actividad psíquica del niño.

Durante el periodo preoperatorio se desarrolla en el niño la lateralidad, que consiste en el conocimiento del lado derecho e izquierdo del cuerpo. Este conocimiento hace posible la orientación del cuerpo en el espacio.

Las nociones de derecha e izquierda no son más que el nombre de una mano o una pierna para el niño, porque no puede instrumentarlas como relaciones espaciales.

Las referencias en su orientación espacial serán las de su cuerpo: arriba-abajo, delante-detrás, derecha-izquierda. Estas relaciones las posee a nivel perceptivo (no representativo) y por eso las establece como ejes referenciales.⁹

2.2.2.- Áreas del desarrollo psicomotor

2.2.2.1. Motor grueso

La motricidad permite al niño relacionarse con su entorno. La motricidad depende de la integridad del sistema piramidal, extra piramidal, de los circuitos tono reguladores, de los pares craneales (tronco cerebral), que rigen los movimientos de cabeza y cuello; y de los nervios espinales (ME), que rigen los movimientos del tronco y extremidades (Arce, C. 1999)

El control postural normal anti gravitatorio comienza con el control cefálico y progresa en dirección *céfalo-caudal*; esta gradiente se observa en la secuencia de las adquisiciones motoras (sedente-bipedestación-marcha). Mientras que en las extremidades se da la gradiente *próximo-distal*, y para los diversos patrones de prensión la gradiente *cúbito-radial*. La performance motora puede apreciarse utilizando segmentos de un test general del desarrollo diseñado para niños normales o por pruebas específicas para examinar las habilidades motoras.

Existen 3 métodos clínicos (*Neuhauser*) para la valoración y registro del comportamiento motor en niños (motoscópico, motométrico y motográfico). El método motoscópico es el más empleado: Observación, descripción del movimiento y sus características (posturas y comportamiento motor).¹⁰

2.2.2.2. Motor fino

La prensión es una manifestación de la corticalización funcional; es el prototipo del acto cortical. La prensión está mucho más relacionada al desarrollo cognoscitivo que la motricidad gruesa a este.

- Iniciativa ideo motriz (Baruk, 1948/1953) "antes de ella y sin ella no existe prensión"; se manifiesta por primera vez hacia el 3er mes. Cuando el lactante fija visualmente un objeto; genera una imagen mental lo cual se traduce en un impulso motor, manifestado por una agitación de sus brazos tratando de alcanzarlo ("movimiento de marioneta")

- Se debe determinar el tipo de prensión (involuntaria - por contacto - voluntaria) y los diversos patrones de prensión.

- Según Halverson (1931) el desarrollo motor fino en relación a la prensión implica 4 etapas o momentos:

- Localización visual del objeto.
- Aproximación (acercamiento)
- Prensión p.d. (grasp)
- Exploración

- La aproximación (lateral, intermedia y directa) y la prensión basan su evolución ontogenética en las leyes o gradientes próximo-distal y cubito-radial respectivamente.

- La ley próximo-distal se refiere a la secuencia de progresión de los movimientos gruesos como los del hombro y luego los del codo, preceden al control de los movimientos más dístales como los digitales (eje longitudinal).

- La ley cúbito-radial (eje transversal) se relaciona a la progresión de la prensión la cual se inicia en la región cubital hipotenar y termina en la región radial o tenar con la oposición del pulgar y el índice (pinza fina)

- La aproximación lateral (4-5 m) se caracteriza por el transporte en "bloque", movimiento de palanca originado en el hombro (proximal). Está relacionada a la prensión cubito-palmar. No existe oposición del pulgar, los objetos son tomados hacia el lado cubital.

- La aproximación intermedia (7-8 m) con la participación del hombro y el codo; modificándose el patrón de prensión al tipo digito-palmar. Patrones relacionados: prensión palmar simple de tipo "rascado" (6 m) entre los 4 últimos dedos - palma y la pinza baja o inferior de *Gesell* (7-8 m) que acontece entre el borde lateral del índice y la base del pulgar ("tope" a los otros dedos, aún no hay oposición).

- La aproximación directa (9no m) implica la participación del hombro, codo y muñeca (pan articular), se relaciona a la prensión de tipo pinza fina o pinza superior de *Gesell*. Utiliza las yemas del índice y pulgar (digito-digital), es una pinza de precisión constituyendo la expresión de la maduración de la prensión como característica humana.

- El aflojamiento voluntario (12 m) es de capital importancia. Se efectúa apertura manual voluntaria: Dar un objeto al pedírselo, colocarlo en un recipiente. ¹¹

2.2.3. Lenguaje

Para Piaget el lenguaje se reduce a una forma de inteligencia por lo que no construye una teoría explícita sobre la adquisición del lenguaje, aunque se puede extraer:

El lenguaje y el pensamiento en el niño: establece la primacía del pensamiento sobre el lenguaje. El lenguaje es el resultado del desarrollo cognitivo, es un subproducto de la inteligencia. Introduce la noción de “lenguaje egocéntrico” que es previo al lenguaje socializado y fruto de los inicios de la descentración cognitiva. El lenguaje egocéntrico es el lenguaje de los niños que están con otros niños, pero, no se están comunicando, hablan para ellos mismos. El pensamiento en su origen y desarrollo es egocéntrico, de ahí, en primer lugar, surge un lenguaje egocéntrico y luego un lenguaje socializado, el lenguaje comunicativo.

La formación del símbolo en el niño: explica el modo en que el lenguaje se subordina a la inteligencia. El lenguaje (junto con la imitación diferida, las imágenes mentales, el dibujo, etc.) es una manifestación de una función de la inteligencia, la función simbólica que se desarrolla al final del periodo psicomotor, primer periodo en que divide el desarrollo de la inteligencia y que finaliza a los 24 meses. Así, las primeras palabras del niño no serían lenguaje, sino simples etiquetas.

La imagen mental en el niño: explica los procesos mentales que hacen posible el lenguaje. Las representaciones serían instrumentos figurativos al servicio de la expresión y socialización del pensamiento. Dichas representaciones se manejan mediante operaciones del pensamiento que sirven para manejar los símbolos del lenguaje. Así hay una época preoperatoria, donde el niño aún no sabe realizar operaciones, y una operatoria, en la que ya sí sabe.

Lenguaje y pensamiento tienen orígenes distintos y a lo largo del desarrollo se produce una creciente interconexión funcional por la que el pensamiento se hace verbal y el habla racional, reguladora y planificadora de la acción. Aunque el lenguaje tenga que ver con la mente, el pensamiento no se reduce a lenguaje.¹²

El lenguaje infantil es inicialmente social, un modo de comunicación con los adultos, exterior en forma y función. Paulatinamente se interioriza y se hace egocéntrico, se interioriza la función que es ya intelectual, se transmiten pensamientos; conservando una forma externa, hasta que finalmente se convierte en pensamiento verbal, el pensamiento que uno concibe.

2.2.4.- Tipos de juegos:

Edad Preescolar:

Juegos	Descripción de conducta
Juego desocupado	El niño no se compromete con otros niños; puede contemplar pasivamente las actitudes de los demás.
Juego solitario	Juega sólo de forma independiente. Jugar con juguetes es su primera finalidad.
El espectador	Observa a los otros niños jugando, y comenta o se ríe de lo que ve.
Juego paralelo	Los niños juegan próximos unos de otros, con los mismos juguetes y ocupándose en las mismas actividades. No es compartido.
Juego asociativo	Los niños juegan cerca y utilizan una gran variedad de intercambios sociales para dar a entender que reconocen al compañero: haciendo preguntas, mostrando éxitos, etc.

Juego cooperativo	Los niños comparten metas o intereses comunes, hay una adaptación de roles recíproca como en el caso de obedecer turnos, y compartir un sentido de identificación con el grupo, los líderes y las reglas formales del grupo.
-------------------	--

2.2.5.- El crecimiento:

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

Se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico.

Monitoreo del crecimiento: Es el conjunto de actividades que se aplica de manera individual, periódica y secuencial, tiene como finalidad, promover un crecimiento favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento. Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, implica realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso.

Por lo tanto, el monitoreo enfatiza sus esfuerzos en evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud o altura de acuerdo

como avanza la edad de la niña o niño, esto nos presenta dos condiciones: Ganancia adecuada de peso/talla. Ganancia inadecuada de peso/talla: Gana poco peso/talla No gana peso/talla Pierde peso Ganancia excesiva de peso/talla. En tal sentido el monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual del niño. Riesgo nutricional: Se refiere a la ganancia inadecuada de peso o talla, la que estará en función de la tendencia de la curva de crecimiento. ¹³

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- 2.3.1. Preescolar:** A los niños de tres a cuatro años con frecuencia se les llama preescolares. Los niños pre-escolares aprenden mucho y expresan interés en el mundo que los rodea. Les gusta tocar, probar, oler, oír y experimentar por su cuenta. Tienen mucho interés en aprender; ellos aprenden a través de la experimentación y de las acciones. Los pre-escolares aprenden de sus juegos. Se mantienen ocupados desarrollando habilidades, usando el idioma, y luchando por obtener un mejor control interno de sus acciones.
- 2.3.2. Crecimiento:** Todos los seres humanos pasamos por un proceso mediante el cual aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez, desde el momento de la concepción hasta la adultez.
- 2.3.3. Desarrollo Psicomotriz:** Es la progresiva adquisición de habilidades biológicas, psicológicas y sociales en el niño, definida como la manifestación externa de la maduración del SNC. Este último proceso tiene un orden preestablecido, otorgándole al DPM una secuencia clara, predecible, progresiva e irreversible. El

desarrollo de un niño representa, además, la interacción entre la herencia y el ambiente

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

2.4.2 Hipótesis específica:

HO: No existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

H1: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

2.5. VARIABLES

2.5.1.- Definición Conceptual de la Variable

Según los grandes estudios manifestados por las diversas entidades de salud nos manifiestan la gran importancia del crecimiento, ya que es muy trascendental en nuestros primeros años de vida, es el aumento de talla, y dentro de este concepto hay que incluir también el aumento de masa corporal y el crecimiento de todos los órganos y sistemas. Ya que posteriormente de esto se va involucrar en los futuros problemas de salud.

Siendo el desarrollo psicomotor la madurez psicológica y muscular que tiene una persona, en este caso un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

2.5.2.- Definición operacional de la variable

El crecimiento y el desarrollo psicomotriz se relacionan ya que en los niños tiene una importancia trascendental pues deben ir aumentando los niveles de acuerdo a la edad cronológica que estos manifiesten; en nuestras primeras etapas de vida nos desarrollamos según las capacidades y habilidades aprendidas, posteriormente de acuerdo a como hemos ido evolucionando y captando en nuestros primeros años, nos manifestaremos en la adultez.

2.5.3.- Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
CRECIMIENTO	PESO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de su peso actual • Evaluación de su peso según su talla • Evaluación nutricional según su peso
	TALLA	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de talla actual • Evaluación de su talla según su peso.
DESARROLLO PSICOMOTOR	PSICOMOTRIZ FINA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La ley próximo-distal</i> • La ley cúbito-radial • La aproximación lateral • La aproximación intermedia • La aproximación directa • aflojamiento voluntario
	LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> • El cognitivo • El social-afectivo • El auditivo • El motor (órganos fono-articuladores)

	<p>MOTRICIDAD GRUESA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta la cabeza • Agarrar objetos con las dos manos
--	---------------------------------	--

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es cuantitativo. El presente trabajo de investigación es de diseño no experimental, de nivel aplicativo, de cohorte transversal y correlacional. Es de diseño no experimental porque no se manipulará las variables de estudio. Es de nivel descriptivo porque describe la realidad a estudiar, es decir del problema. Es de cohorte transversal porque el estudio se realizará en un momento dado en el tiempo. Recolectamos datos en un tiempo único. Es correlacional porque relacionara a dos variables que son crecimiento y desarrollo psicomotriz.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó CRED. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

El área de estudio es el CRED con personal de salud capacitado en esta área del centro.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en que se realizó el estudio fue en el centro de salud San Juan de Miraflores, donde asisten aproximadamente 50 y 70 niños diarios pero la muestra solo fue de 20 niños que acuden al programa CRED(crecimiento y desarrollo), se tomaron los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

-Niños de 3 a 5 años que acudieron a su control CRED del centro de salud San Juan de Miraflores.

Criterio de exclusión:

-Niños menores de 2 años.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

- Entrevista
- Cuestionario - fichas

Instrumento:

El instrumento es el cuestionario que consta de 3 pregunta generales que es la edad del niño, peso, talla, y 15 preguntas con alternativa para responder de manera precisa y correcta de acuerdo a como se desarrolló el niño en cada pregunta.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del instrumento, se hizo mediante el juicio de expertos, participando profesionales de enfermería, nutrición de la Universidad Alas Peruanas; cuyas opiniones y recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. En la evaluación de los jueces salió como resultado 0.62 lo cual es viable.

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto para el alfa de crombach dando como resultado 0.68 lo cual está bien para su estudio.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

El plan de recolección de datos se llevó a efecto en el Centro de Salud San Genaro, ubicado en la Av. Principal altura de la calle 12 Aahh San Genaro pertenece a la DISA Lima SUR, RED Barranco Chorrillos -Surco Micro red Villa, Unidad ejecutora es la Red de servicios de Salud Barranco-Chorrillos -Surco.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS – LIMA 2014.

Desarrollo	Crecimiento						Total	
	10 a 12		13 a 15		16 a 17		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Retraso	4	29%	1	7%	0	0%	5	36%
Riesgo	4	29%	1	7%	1	7%	6	43%
Normal	1	6%	1	7%	1	8%	3	21%
Total	9	64%	3	21%	2	15%	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, los niños con un peso de 10 a 12 tienen un desarrollo en retraso y riesgo del 29%(4) respectivamente, los niños con un peso de 16 a 17 años tienen un desarrollo normal del 8%(1). Estos resultados nos muestra que existe una relación entre ambas variables.

**CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL CRED.
DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS – LIMA 2014**

**TABLA 2:
PESO DE LOS NIÑOS**

Peso	N° Niños	%
10 a 12	9	64%
13 a 15	3	21%
16 a 17	2	15%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 2, los niños de 2 a 5 años tienen un peso de 10 a 12 en un 64%(9), de 13 a 15 años en un 21%(3) y de 16 a 17 en un 15%(2).

TABLA 3: TALLA DE LOS NIÑOS

TALLA	N° NIÑOS	%
0.78 a 0.84	8	58%
0.85 a 0.91	3	21%
0.92 a 0.99	3	21%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, los niños de 2 a 5 años tienen la talla de 0,78 a 0,84 en un 58%(8), de 0,85 a 0,91 en un 21%(3) y de 0,92 a 0,99 en un 21%(3).

TABLA 4: IMC DE LOS NIÑOS

IMC	N° NIÑOS	%
15 a 16	5	36%
17 a 18	7	49%
19 a 20	2	15%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 4, los niños de 2 a 5 años tienen un IMC de 17 A 18 en un 49%(7), de 15 a 16 en un 36%(5) y de 19 a 20 en un 15%(2).

TABLA 5

**DESARROLLO PSICOMOTRIZ DE LOS NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS ATENDIDOS
EN EL CRED. DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO, CHORRILLOS –
LIMA 2014.**

CRECIMIENTO	N° NIÑOS	%
RETRASO	5	36%
RIESGO	6	43%
NORMAL	3	21%
Total	14	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 5, los niños tienen un crecimiento en riesgo en un 43%(6), de retraso en un 36%(5) y Normal en un 21%(3).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General

H1: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

Ho: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$

Tabla 6: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Crecimiento	Desarrollo
Crecimiento	Correlación de Pearson	1	,933**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	14	145
Desarrollo	Correlación de Pearson	,933**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	14	14

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 6, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,933, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Crecimiento y Desarrollo, con un nivel de significancia de valor $p<0,05$.

Siendo cierto que: Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CCD. del centro de Salud San Genaro, Chorrillos 2014.

DISCUSION DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Los niños con un peso de 10 a 12 tienen un desarrollo en retraso y riesgo del 29%(4) respectivamente, los niños con un peso de 16 a 17 años tienen un desarrollo normal del 8%(1). Estos resultados nos muestran que existe una relación entre ambas variables.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Los niños de 2 a 5 años tienen un peso de 10 a 12 en un 64%(9), de 13 a 15 años en un 21%(3) y de 16 a 17 en un 15%(2). Tienen la talla de 0,78 a 0,84 en un 58%(8), de 0,85 a 0,91 en un 21%(3) y de 0,92 a 0,99 en un 21%(3). Tienen un IMC de 17 A 18 en un 49%(7), de 15 a 16 en un 36%(5) y de 19 a 20 en un 15%(2).

OBJETIVO ESPECIFICO 2

los niños tienen un crecimiento en riesgo en un 43%(6), de retraso en un 36%(5) y Normal en un 21%(3).

CONCLUSIONES

PRIMERO

Los niños en mayor porcentaje tienen un desarrollo en retraso y riesgo respectivamente. Estos resultados nos muestran que existe una relación entre ambas variables. Comprobado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,933 y un nivel de significancia de $p < 0,05$.

SEGUNDO

Los niños de 2 a 5 años tienen en mayor porcentaje un peso de 10 a 12, una talla de 0,78 a 0,84 y tienen un IMC de 17 A 18.

TERCERO

Los niños tienen un crecimiento en riesgo en mayor porcentaje.

RECOMENDACIONES

Promover que el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud San Genaro de Chorrillos, elabore, diseñe e implemente estrategias de intervención, en la cual la enfermera brinde información sobre estimulación temprana a las madres de niños de 2 a 5 años que presentan desarrollo psicomotriz en riesgo y crecimiento bajo en estatura y bajo peso.

Promover que los estudiantes de enfermería se realicen estudios acerca de conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus niños.

Realizar talleres y visitas domiciliarias a las madres de los niños de 2 a 5 años, que permita recabar información y monitorear en el hogar el proceso de ejecución de las madres en el crecimiento y desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Univisión Hola Doctor. Crecimiento y desarrollo de niños entre 2 y 5 años. Venezuela. 2006. Disponible en:
<http://salud.univision.com/es/salud-infantil/crecimiento-y-desarrollo-desde-los-2-hasta-los-5-a%C3%B1os#ta6549>
2. Dra. Andreina Cattani O. Características del crecimiento y desarrollo físico. Argentina. 2000 Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/crecdess.html>
3. Haussler M; Marchant T. TEPSI. 1era ed. Chile: Ministerio De Salud; 1996.
4. Francisco B. Franco. ¿Por qué los niños crecen...o no crecen? 1era ed. Santiago de Chile: Mavalltda; 2007
5. Universidad Pontificia Católica. Pollitt Ernesto. Consecuencias de la desnutrición en el escolar peruano. 1era ed. Perú.
6. Desarrollo psicomotor. 2006. Disponible en: <http://www.arcesw.com/dpm.htm>
7. Dr. Alexei Korchounov - según OMS. Argentina. 2005
http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Desnutricion
8. Diferencias entre el crecimiento y desarrollo. Disponible en:
<http://www.salud.com/salud-infantil/diferencias-entre-crecimiento-y-desarrollo.asp>
9. Universidad de Chile. “Correlación entre el Desarrollo Psicomotor y el Rendimiento Escolar, en niños de primer año de Educación Básica, pertenecientes a establecimientos municipales de dos comunas urbanas de la Región Metropolitana”. 2004. Disponible en:
http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/espejo_l/sources/espejo_l.pdf
10. Universidad Nacional del Comahue, Argentina. Adriana Álvarez. Desarrollo del Lenguaje en niños de 3 a 4 años: El pasó a los Procesos Morfológicos 2001. Disponible en: <http://www.rioei.org/deloslectores/903alvarez.pdf>

11. Universidad de Chile. "Sistemas de servicios de información y bibliotecas, SISIB". Cibertesis. Tesis electrónicas en línea. 2002. (consultado 11 junio del 2011). Disponible en: <http://www.cybertesis.net/>
12. Más Sarabia Maheli, Alberti Vázquez Lizet, Espeso Nápoles Nelia. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2011 agosto 27] ; 5(2):Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es
13. Niveles de desarrollo. 2008. Disponible en: <http://desarrolloperuano.blogspot.com/2007/12/leves-mejoras-en-los-niveles.html>
14. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2011 agosto 27]; 22(4): 245-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000400005&lng=es

ANEXOS

**ANEXO 1:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS
EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014**

BACHILLER: CHACCHI ROSADO, EVELYN LORENA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES
<p>¿Cuál es la relación entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?</p> <p>1.2.2. Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?</p> <p>¿Cuál es el</p>	<p>1.3. Objetivos</p> <p>1.3.1.- Objetivo General:</p> <p>-Determinar el crecimiento de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014</p> <p>Determinar el desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014.</p>	<p>HI:</p> <p>Existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014</p> <p>HO:</p> <p>No existe relación significativa entre el crecimiento y desarrollo psicomotriz en niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima</p>	<p style="text-align: center;">CRECIMIENTO</p> <p style="text-align: center;">DESARROLLO PSICOMOTRIZ</p>	<p style="text-align: center;">Peso</p> <p style="text-align: center;">Talla</p> <p style="text-align: center;">Motor Fino</p>

desarrollo psicomotriz de los niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima 2014?		2014		Lenguaje Motor Grues
--	--	------	--	---

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Método:</p> <p>El enfoque a utilizar en esta investigación es cuantitativo, porque los planteamientos que realiza el investigador son específicos y delimitados desde el inicio de estudio, las hipótesis se realizan previamente, es decir antes de recolectar y analizar datos. La recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos.</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>El presente trabajo de investigación es de tipo aplicativo de corte transversal, descriptivo porque presenta los hechos o fenómenos tal como son, dando a conocer la variable; de corte transversal, porque estudia la variable en un momento único en el tiempo.</p>	<p>Técnica:</p> <p>Entrevista-encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>El instrumento es el cuestionario. El cuestionario consta de en 20 enunciados de opción múltiple y respuestas cerradas.</p>

ANEXO 3

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{N Z^2 PQ}{d^2(N - 1) + Z^2 PQ}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población

Z= 95 % de confianza: 1.96

PQ = Proporción: 0.25

d2 = error de estimación: 10 %

Reemplazando:

$$n = \frac{25(1.96)^2 (0.25)}{0.1^2(65-1) + (1.96)^2 (0.25)}$$

$$n = \frac{33.614}{1.6004}$$

$$n = 21.0035$$

ANEXO 4

INSTRUMENTO

I.- Presentación:

Buenos días, soy alumna de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando un estudio de investigación cuyo título es “Relación entre crecimiento y desarrollo psicomotriz entre niños de 2 a 5 años atendidos en el CRED. del Centro de Salud San Genaro, Chorrillos – Lima en los meses de agosto a diciembre ,2014

Con el objetivo de determinar la relación que existe entre los conocimientos y la práctica que aplica el profesional de enfermería. Agradezco su colaboración, esperando así que sus respuestas sean veraces, asimismo se le comunica que esta información es de carácter confidencial.

II.- Introducción:

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con el tema, serán marcadas con un aspa (x) la alternativa que el niño realice. Muchas gracias.

III.- Datos Generales:

- Edad del niño: a) 3 b) 4 c) 5
- Peso:
- Talla:
- IMC:

A) Subtest de Coordinación

1.- ¿Traslada agua de un vaso a otro sin derramar? (2 vasos)

- a) Si b) No

2.- ¿Construye una torre con 5 cubos?

- a) Si b) No

3.- ¿Copia un círculo? (con lápiz)

- a) Si b) No

4.- ¿Copia una cruz?

- a) Si b) No

5.- ¿Copia un triángulo?

- a) Si b) No

B) Subtest Lenguaje

6.- ¿Reconoce grande de pequeño?

- a) Si b) No

7.- ¿Nombra animales?

- a) Si b) No

8.- ¿Nombra objetos?

- a) Si b) No

9.- ¿Verbaliza su nombre y apellido?

- a) Si b) No

10.- ¿Nombra colores?

- a) Si b) No

C) Subtest Motricidad

11.- ¿Salta con los pies en el mismo lugar?

- a) Si b) No

12.- ¿Camina diez pasos llevando un vaso con agua?

- a) Si b) No

13.- ¿Camina en punta de pies en una dirección determinada?

- a) Si b) No

14.- ¿Coge una pelota?

- a) Si b) No

15.- ¿Se para en un pie, apoyándose 5 segundos?

a) Si

b) No

TABLA DE VALORES: PUNTAJES

RETRASO	RIESGO	NORMALIDAD
De 16 - 18	De 19 - 21	De 22- 24

ANEXO 6

TABLA BINOMIA_ _ _ JUECES EXPERTOS

INSTRUMENTO:		“RELACION ENTRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIS EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014								
JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	G	TOTAL	Proporción de Concordancia (P)
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado	0.6	0.56	0.6	0.5	0.6	0.55	0.6	4.01	0.57
2. OBJETIVO	Está expresado en capacidades observables	0.7	0.7	0.53	0.55	0.55	0.6	0.59	4.22	0.60
3. ACTUALIDAD	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0.7	0.5	0.7	0.6	0.55	0.45	0.82	4.32	0.61
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica en el instrumento	0.6	0.66	0.58	0.58	0.6	0.5	0.7	4.22	0.60
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0.7	0.6	0.55	0.6	0.6	0.6	0.6	4.25	0.60
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0.61	0.6	0.6	0.55	0.5	0.7	0.64	4.2	0.6
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0.55	0.65	0.64	0.6	0.6	0.55	0.7	4.29	0.61
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0.6	0.75	0.7	0.8	0.59	0.7	0.65	4.79	0.68
									0.62	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación	0.55	0.6	0.7	0.75	0.75	0.75	0.7	4.8	0.68
TOTAL		0.62	0.62	0.62	0.61	0.59	0.6	0.66		5.55

Es válido si P es ≥ 0.60

ANEXO 7

TABLA MATRIZ

PREGUNTAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL	
1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	21	1.4
2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	21	1.4
4	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	20	1.3
5	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	18	1.2
6	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	22	1.4
7	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	24	1.6
8	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	21	1.4

9	1	1	2	2	1	1	1		1	2	2	1	1	1	2	21	1.4
10	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
11	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	24	1.6
12	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	22	1.4
13	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	19	1.2
14	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	24	1.6
15	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	22	1.4
TOTAL	21	18	17	22	21	23	27	22	17	19	27	23	16	28	25	327	21.8

ANEXO 8

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{1 - \sum S_i}{S_t} \right)$$

$$\alpha > 0.5$$

Donde:

K: Número de Ítem

$\sum S_i$: Sumatoria de la varianzas por ítems.

S t: Varianza de la escala.

INSTRUMENTOS:

1. Nivel de aplicación: = 0.35

En este caso se puede decir que el instrumento es confiable

$$\alpha = \left[\frac{16}{16-1} \right] \left[\frac{1-1.50}{1.50} \right]$$

$$\alpha = 1.06 \quad [0.33]$$

$$\alpha = 0.35$$

TABLA 1

TABLA DE CODIFICACION

EDAD DE LOS NIÑOS

EDAD	Fi	%
2 años	4	20
3 años	8	40
4 años	3	15
5 años	5	25
Total	20	100%

Tenemos que en el centro de salud San Juan de Miraflores, el 100% de niños asistentes al programa CRED, un 20% de niños tiene 2 años 40% de niños tienen 3 años, un 15% de niños tienen 4 años y un 25% de niños tienen 5 años.

TABLA 2
CODIFICACION DE INSTRUMENTO

PREGUNTAS	RESPUESTAS	CODIFICACION
1	SI	2
	NO	1
2	SI	2
	NO	1
3	SI	2
	NO	1
4	SI	2
	NO	1
5	SI	2
	NO	1
6	SI	2
	NO	1
7	SI	2
	NO	1
8	SI	2
	NO	1

9 SI 2

NO 1

10 SI 2

NO 1

11 SI 2

NO 1

12 SI 2

NO 1

13 SI 2

NO 1

14 SI 2

NO 1

15 SI 2

NO 1

TABLA 3**CODIFICACION**

“RELACION ENTRE EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOMOTRIZ EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN EL CRED.DEL CENTRO DE SALUD SAN GENARO -CHORRILLOS- LIMA 2014”

N. DE NIÑOS	PESO(kg)	TALLA(cm)	IMC	PUNTAJE DESARROLLO
1	12	0.78	19	22
2	11.9	0.80	18	19
3	12	0.81	18	17
4	10.9	0.80	17	19
5	10	0.80	16	21
6	11.5	0.81	17	19
7	10.7	0.79	16	23
8	11	0.78	17	18
9	10	0.85	16	17
10	14.1	0.87	19	18
11	14	0.88	18	18
12	14.1	0.98	18	24
13	16	0.97	16	21
14	16.1	0.99	16	19